

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N° 68

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 20 janvier 1892, à 1 heure

Par HENRI DUBOIS

Né au Creuzot, le 28 février 1864 (Saône-et-Loire).

Ancien interne des hôpitaux de Paris
Médaille de bronze de l'Assistance publique

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT
DE LA BLENNORRHAGIE PAR LES BALSAMIQUES

et particulièrement de son traitement local

PAR UN NOUVEAU BALSAMIQUE, LE RÉTINOL

Président : M. FOURNIER, professeur.

Juges : MM. { LANNELONGUE, professeur.
 { JOFFROY, KIRMISSON, agrégés.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

45, Rue Racine, 45

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 20 janvier 1892, à 1 heure

Par HENRI DUBOIS

Né au Creuzot, le 28 février 1864 (Saône-et-Loire).

Ancien interne des hôpitaux de Paris

Médaille de bronze de l'Assistance publique

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT

DE LA BLENNORRHAGIE PAR LES BALSAMIQUES

et particulièrement de son traitement local

PAR UN NOUVEAU BALSAMIQUE, LE RÉTINOL

Président : M. FOURNIER, professeur.

Juges : MM. { LANNELONGUE, professeur.
 { JOFFROY, KIRMISSON, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	Ch. RICHET.
Physiologie médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY
Pathologie chirurgicale	DEBOVE
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TILLAX.
Thérapeutique et matière médicale.	N.
Hygiène.	HAYEM.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
Clinique médicale	STRAUS.
Maladie des enfants	G. SEE.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	POTAIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JACCOUD.
Clinique des maladies du système nerveux	PETER.
Clinique chirurgicale	GRANCHER.
Clinique des maladies des voies urinaires	BALL.
Clinique ophthalmologique	FOURNIER.
Cliniques d'accouchements	CHARCOT.
	VERNEUIL.
	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	GUYON.
	PANAS.
	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. RICHET, SAPPEY, HARDY, PAJOT et REGNAULD.

Agrégés en exercice

MM. BAILLET	MM. FAUCONNIER	MM. NÉLATON	MM. RIBEMONT
BAR	GILBERT	NETTER	DESSAIGNES
BLANCHARD	GLAY	POIRIER, chef	RICARD
BRISSAUD	HANOT	des travaux	ROBIN (Albert)
BRUN	HUTINEL	anatomiques	SCHWARTZ
CAMPENON	JALAGUIER	POUCHET	SEGOND
CHANTEMESSE	KIRMISSON	QUENU	TUFFIER
CHAUFFARD	LETULLE	QUINQUAUD	VILLEJEAN
DÉJERINE	MARIE	REITERER	WEISS
	MAYGRIER	REYNIER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MA MERE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR FOURNIER

Professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

A M. LE DOCTEUR BALZER

Médecin de l'Hôpital du Midi

A M. LE DOCTEUR DESNOS

A MONSIEUR LE DOCTEUR BARTHELEMY

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU TRAITEMENT
DE LA BLENNORRHAGIE

PAR LES BALSAMIQUES
ET PARTICULIÈREMENT DE SON TRAITEMENT LOCAL
PAR UN NOUVEAU BALSAMIQUE, LE RÉTINOL

Des innombrables travaux ont été publiés sur le traitement de la blennorrhagie et lorsqu'on consulte la bibliographie on constate qu'il n'est presque pas de substance thérapeutique qui n'ait été employée, soit à l'intérieur, soit en injection. Depuis surtout la découverte du gonocoque de Neisser chaque année voit l'apparition de nombreux médicaments antiseptiques préconisés contre l'écoulement blennorrhagique, médicaments qui, à part deux ou trois, sont bientôt délaissés à juste titre. Un balsamique récemment introduit dans la thérapeutique, le rétinol, a été employé en injections à l'hôpital du Midi il y a deux ans à peine, et les résultats qu'il a donnés ont été consignés dans la thèse de Barbier (1).

1. Barbier. *Du rétinol et de son emploi en thérapeutique*. Thèse de Paris, 1889-1890.

Il en a obtenu de bons effets immédiats, mais l'impossibilité où il a été de suivre longtemps les malades ne lui a pas permis d'être aussi affirmatif quant aux résultats ultérieurs. Il a cru devoir faire toutes ses réserves à ce sujet ; il a l'espoir que des études plus longues et des recherches plus répétées permettront de compléter tout ce que les siennes peuvent avoir d'inachevé.

Presque tous les malades qu'il a traités par les injections de rétinol ont quitté l'hôpital en conservant encore un suintement. Pour supprimer ce suintement qui persiste malgré les injections de rétinol il émet l'idée qu'il serait bon d'utiliser les propriétés que possède le rétinol de dissoudre des corps antiseptiques pour adjoindre des agents dont l'énergie plus considérable viendrait en aide à son action propre.

C'est cette lacune qu'il nous a semblé intéressant de combler. Nous avons fait de nouvelles recherches sur l'action des injections de rétinol dans la blennorrhagie chez l'homme ; ce sont elles qui font l'objet de notre thèse inaugurale.

Après quelques considérations sur le traitement antiseptique de la blennorrhagie, traitement insuffisant et parfois dangereux qui n'a pas pu remplacer le traitement classique, nous rappellerons brièvement les propriétés du rétinol, et les résultats obtenus par Barbier. Nous étudierons ensuite l'action des injections de rétinol additionné de principes médicamenteux, salol, copahu, créoline, dermatol.

Nous dirons de suite que nous n'avons pas obtenu des résultats aussi bons que ceux qu'on faisait entrevoir. Mais assurément nous ne prétendons pas trancher la question et dire le dernier mot à ce sujet. Nous avons cherché à être utile dans la mesure de nos moyens en publiant l'opinion

que nous avons retirée d'une observation attentive de quatre mois.

Avant d'aborder notre sujet, que M. le Dr Balzer qui a mis si gracieusement ses malades à notre disposition et dont les conseils nous ont été très utiles, reçoive ici l'assurance de notre profonde reconnaissance.

Nous tenons aussi à remercier M. le Dr E. Desnos et M. le Dr Barthélemy pour la bienveillance avec laquelle ils nous ont communiqué plusieurs observations.

Nous ne saurions clore cette introduction sans témoigner à nos maîtres dans les hôpitaux, MM. Marchand, Du Castel, Gingeot, Roques, Bar, l'assurance de notre profonde gratitude.

Que M. le professeur Fournier, veuille bien accepter nos remerciements respectueux pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de ce modeste travail.

Les recherches modernes en s'accumulant pour démontrer que l'immense majorité des blennorrhagies appartient à la classe des affections microbiennes, qu'elles sont dues pour la plupart à la pullulation dans la muqueuse uréthrale d'un parasite spécial, le gonococcus décrit par Neisser, que l'abondance de l'écoulement accompagne en général l'abondance des parasites, ont imprimé à la thérapeutique une direction nouvelle. On a pensé qu'en détruisant le parasite on se rendrait facilement maître de l'écoulement. Il a donc pu sembler que rien n'était plus aisé, grâce aux méthodes antiseptiques actuelles de détruire les agents spécifiques de la blennorrhagie. La gale qu'on avait tant de peine à faire disparaître avant la découverte de son parasite est maintenant guérie en quelques heures au moyen de frictions parasitocides. Mais dans la blennorrhagie, malgré les microbicides variés dont on a fait l'essai, il n'en est pas un qui ait réussi à réunir tous les suffrages.

On n'a pas encore trouvé et probablement on ne trouvera jamais de substance antiseptique qui puisse toujours et à n'importe quelle période de la maladie tuer le gonococcus une fois qu'il a élu domicile dans la muqueuse de l'urèthre. Si l'on considère les résultats si divers auxquels sont arrivés tous les expérimentateurs, on voit qu'il n'est pas possible d'établir une sorte d'échelle de toutes les substances antiseptiques en les classant d'après leur pouvoir destructif du gonococcus dans l'urèthre. En effet, telle substance qui donne de très bons résultats à un expérimentateur perd toute sa valeur et bien plus devient même quelquefois nuisible entre les mains d'un autre. Ainsi le permanganate de potasse

et le sublimé, qui paraissent avoir produit un grand nombre de fois des effets étonnants, n'ont pas donné des résultats toujours constants. Bourgeois (1), Chameron (2), ont mentionné une foule de beaux succès. Par contre, MM. Dujardin-Beaumetz, Fournier (3), n'en ont retiré aucun avantage.

Pourquoi éprouve-t-on si souvent un échec complet dans les tentatives de traitement de la blennorrhagie par les anti-septiques ? Il est assez facile de répondre à cette question.

Représentons-nous, en effet, d'après les données nouvelles, le processus de la blennorrhagie. L'agent infectieux déposé sur le gland et le méat pénètre probablement sans effraction dans les cellules épithéliales et au bout de 3 à 4 jours en moyenne commence à manifester ses effets. Cet agent trouvant un terrain favorable se multiplie et envahit peu à peu en surface et en profondeur l'entrée du canal. Dix-huit heures après le début de l'écoulement d'après les lames de Bockhardt les gonocoques ont déjà pénétré sous la couche épithéliale, dans les espaces lymphatiques et les cryptes multiples dont la muqueuse uréthrale est tapissée, où ils se développent très activement pendant la période aiguë. Le changement brusque qui survient dans la nature des éléments histologiques du pus dès le deuxième jour de l'écoulement montre la rapidité avec laquelle le microbe se propage de la superficie vers la profondeur ; en effet, la proportion des éléments épithéliaux décroît de plus en plus, tandis que les globules purulents qui renferment des gonocoques sont de

1. Bourgeois (*Traitement de la blennorrhagie par le permanganate de potasse. Annales de Dermatologie*, 1880).

2. Chameron. Thèse de Paris, 1884.

3. Fournier, in Thèse d'Agrégation Dr de Beurmann, *les Médications abortives*.

plus en plus nombreux. Le parasite quitte l'épithélium et se développe dans les lymphatiques; ce n'est que dans la période de déclin qu'il se localise de nouveau à la surface, ainsi que le montre l'abondance des cellulés épithéliales.

Or, que fait le traitement antiseptique? Il peut sans doute désagréger les microbes superficiels, détruire leur groupement, entraver leur évolution, mais il ne peut atteindre les gonocoques qui ont pénétré et pullulé dans les couches profondes. Malgré les injections répétées et longtemps continuées on arrive bien rarement à éteindre la tendance à la multiplication des parasites.

Crivelli (1) a toujours retrouvé le gonocoque dans le pus des blennorrhagies même après un long traitement antiparasitaire, et alors qu'il ne restait plus qu'un léger suintement à peine appréciable au méat. Il les a également toujours constatés, mais en moins grand nombre, dans le pus des uréthrites chroniques blennorrhagiques.

Pour être sûr de réussir il faudrait, soit détruire complètement les microbes et avec eux les cellules qui les contiennent, soit rendre le terrain où ils se développent réfractaire à leur évolution. Il serait facile de détruire les tissus envahis au moyen d'un caustique ou au moyen de l'écouvillonnage de l'urèthre dont Huguet (2) a rapporté deux exemples au début de la chaudepisse; mais ces moyens, si ce n'est dans les premières heures de l'écoulement, alors que le gonococcus est encore confiné dans les cellules épithéliales, sont très

1. Crivelli. *Nature et traitement de la blennorrhagie*. Thèse de Paris, 1886.

2. Huguet. *De la valeur thérapeutique des injections de sublimé dans le traitement de la blennorrhagie*. Thèse de Paris, 1888-1889.

dangereux ; car la muqueuse et même une partie de la couche sous muqueuse devraient être détruites, et par là on s'exposerait au développement du tissu fibreux cicatriciel et à des rétrécissements inévitables.

D'un autre côté pour rendre le terrain réfractaire le contact d'une solution antiseptique avec les cellules épithéliales est insuffisant. La raison en est probablement que les éléments épithéliaux de l'urèthre, ainsi que le montre la physiologie, sont réfractaires à l'absorption de liquides tenant en dissolution diverses substances chimiques. L'idéal serait de trouver une substance antiseptique qui put par absorption et sans nuire à la vitalité des cellules pénétrer jusque dans la profondeur de la muqueuse malade.

Découvrir des antiseptiques qui, *in vitro*, en minime proportion, gênent le développement des gonocoques, allant même jusqu'à les tuer, est chose facile. La difficulté est autre lorsqu'il faut aller les atteindre dans l'intimité de la cellule. Les essais tentés avec les substances antiseptiques sur les bouillons de culture par plusieurs bactériologistes, par Oppenheimer entre autres, n'ont donné que des résultats peu précis ; et comme les faits cliniques ne concordent pas toujours avec ceux du laboratoire, comme tel agent parasitaire qui dans les ballons de culture ne semble pas agir sur le gonocoque, la résorcine à 5 pour 100 par exemple, devient dans la pratique un bon remède, comme d'autre part tel agent qui fait merveille dans les bouillons de culture ne donne, appliqué à l'urèthre, que des résultats nuls ou nuisibles, ce n'est que dans l'observation des malades que nous devons chercher une règle thérapeutique, c'est sur le terrain exclusivement clinique que nous resterons.

DU RÉTINOL

On trouvera dans la thèse de Barbier des renseignements très-complets sur les propriétés physiques et chimiques du rétinol. Rappelons simplement les principales.

Le rétinol est un liquide provenant de la colophane par distillation, il a été découvert par Pelletier et Walter en 1838.

Il y a deux variétés de rétinol, le brun et le blond. Le brun est impur et légèrement caustique; c'est le blond qui a été seul employé en thérapeutique.

C'est un liquide oléagineux d'une couleur jaune, ayant l'aspect et la consistance de l'huile d'olive. Le rétinol a une réaction légèrement acide; il s'évapore lentement à la température ordinaire, il a une densité un peu plus faible que celle de l'eau sur laquelle il surnage et avec laquelle il n'est pas miscible.

Il ne rancit pas et n'est pas altéré par le temps et par la lumière. Son odeur est assez prononcée, particulière. On ne saurait mieux la comparer qu'à celle d'un journal sortant de la presse. L'encre d'imprimerie renferme en effet une certaine quantité de rétinol et lui emprunte son odeur.

Le rétinol dissout un certain nombre de substances, le salol, la créoline, il est miscible en toutes proportions avec le baume de copahu, l'essence de santal. Les substances solu-

bles dans l'eau ne le sont en général pas dans le rétinol. L'iodoforme qui dans la thèse de Barbier est mentionné comme insoluble ne l'est cependant pas. Nous avons fait des essais et nous avons constaté que 100 grammes de rétinol dissolvent à 15 degrés 1 gr. 25 d'iodoforme. La solution ne se fait bien que si l'on a soin de chauffer le mélange. Il faut avoir la précaution de chauffer à une température inférieure à 100 degrés, car si l'on dépasse cette température la solution brunit et une certaine quantité d'iode est mise en liberté. Cette propriété du rétinol de dissoudre l'iodoforme n'a pas été utilisée dans nos essais de traitement et pourrait le faire employer.

La créosote se dissout également dans le rétinol et cette dissolution mériterait d'être expérimentée, attendu que Neisser regarde la créosote en solution à 1 pour 500 comme un des agents les plus puissants dans la blennorrhagie.

La résorcine n'est pas complètement insoluble dans le rétinol, elle n'est soluble que dans la proportion de 1 pour 350 à la température de 15°, c'est-à-dire en si minime proportion que cette solubilité ne peut être utilisée.

Le rétinol possède une propriété antiseptique certaine qui appartient à presque tous les balsamiques. De tout temps en effet ceux ci ont été regardés comme ayant sur les plaies, sur les ulcères, une action bienfaisante et cicatrisante.

Les anciens, disent Trousseau et Pidoux (*Traité de thérapeutique et de matière médicale*), qui les appliquaient beaucoup sur les ulcères, avaient constaté leur propriété de diminuer la suppuration trop abondante et de favoriser la réintégration des chairs.

Cette action des balsamiques sur les tissus, presque délaissée actuellement, rappelle celle que l'on obtient aujourd'hui avec les substances employées pour combattre les micro-organismes.

Le rétinol a été jusqu'ici très peu employé en thérapeutique. En France, il semble avoir été employé pour la première fois dans un but thérapeutique à l'hôpital de Lourcine par Martineau, puis par M. Balzer dans le traitement des vaginites et des métrites et les résultats furent des meilleurs. Il a été également employé dans certaines affections des yeux et des oreilles. En Amérique on l'administre à l'intérieur sous forme de capsules dans la blennorrhagie.

Voici quel était le traitement préconisé par Barbier dans la blennorrhagie. Les malades font par jour six injections avec la moitié de la petite seringue bien connue employée à cet effet. Comme le contact du rétinol avec la muqueuse n'est presque pas douloureux il fait garder l'injection environ 10 à 12 minutes dans le canal afin de laisser aussi longtemps que possible la substance médicamenteuse en rapport avec les parties malades.

L'action du rétinol, dit-il, se fait très rapidement sentir, dès les deux ou trois premiers jours, quelquefois même au bout de vingt-quatre heures, l'écoulement diminue dans une proportion notable. Le pus qui s'écoulait abondamment n'est plus représenté en général vers le quatrième jour du traitement que par une goutte jaune qui apparaît le matin ou vient sourdre au méat lorsqu'on presse sur le canal. Il perd bientôt de son opacité et est remplacé par un léger suintement opalin et grisâtre.

Ce dernier suintement est plus tenace et plus difficile à

supprimer, et la plupart de ses malades n'en étaient pas délivrés à leur sortie de l'hôpital. Sur les neuf malades des observations de Barbier deux sont sortis sans trace d'écoulement, l'un au bout de 14 jours, l'autre au bout de 18 jours de traitement, mais la guérison n'a pas été vérifiée quelques jours après leur sortie. Les sept autres, après une durée de traitement de 14 jours en moyenne, conservaient encore un écoulement blanchâtre peu marqué en général.

Nous n'avons employé que deux fois les injections de rétinol pur, mais malheureusement les deux malades sont partis au bout de deux jours. Malgré ce temps très court chez l'un d'eux l'écoulement avait notablement diminué d'abondance, et de vert et purulent qu'il était il était devenu grisâtre et muqueux.

Les autres malades ont été traités par les injections de rétinol additionné de diverses substances pour essayer de le rendre plus efficace. Nous commencerons par le rétinol au salol.

DU RÉTINOL AU SALOL.

Le salol se dissout dans le rétinol dans la proportion de 10 0/0, la solution s'obtient facilement en chauffant. A l'hôpital du Midi, nous nous sommes servi d'une solution à 1 pour 15, tandis que la solution employée par les malades de M. Desnos était à 10 0/0.

Jusqu'ici on a surtout employé le salol à l'intérieur dans le traitement de la blennorrhagie. Depuis la communication de Dreyfous (1889) à la Société Médicale des hôpitaux on l'a beaucoup essayé, mais il n'a pas donné des résultats

bien favorables. Il paraît cependant d'après les dernières recherches de Barraud (1) qu'il n'est pas complètement inefficace. On sait qu'il est éliminé par les reins non à l'état de salol mais sous forme de sels alcalins, urate de salicyle et sulfophénate alcalin. Ce dédoublement du salol ingéré par la bouche a lieu dans le duodénum sous l'influence du suc pancréatique. M. Balzer qui l'a donné à l'intérieur à un grand nombre de malades de son service n'a pas constaté d'action bien sensible sur l'écoulement.

Le salol a été peu employé en injections dans la chaude-pisse. Cependant Sahli (2) a prescrit des injections de salol émulsionné dans l'eau au moyen de l'alcool et s'en serait bien trouvé. Après la sortie du liquide, un certain nombre de particules de salol reste, dit-il, dans l'urèthre en contact avec les foyers du gonocoque. On l'a encore employé (Meyer) en suspension dans une solution mucilagineuse.

Salol	10
Gomme arabique	5
Eau distillée.	200

Les injections contenant des poudres médicamenteuses en suspension ne doivent pas en général être employées. On les a accusées de pouvoir produire dans l'urèthre des concrétions qui jouent le rôle de corps étrangers.

Le salol agit probablement en injection, du moins pour une certaine part de la même manière qu'administré à l'intérieur, car Pepuli (3) a montré la décomposition du salol par

1. Barraud, thèse de Paris, 1890-1891.

2. Sahli, *Semaine médicale*, 1886. Lettre Suisse, *le Salol*.

3. Pepuli. *Rivista clinica e terapeutica*, sept. 1890.

certain micro-organismes. Il a mis du salol dans une culture de *staphylococcus pyogenes aureus* et il a constaté que dès le lendemain le liquide donnait une coloration violette avec le perchlorure de fer, ce qui prouvait la décomposition du salol en acide salicylique et en acide phénique. D'autres micro-organismes décomposaient aussi le salol et alors ils perdaient leur activité; un certain nombre de microbes étaient sans action sur le salol et leur vitalité n'était pas diminuée.

On connaissait depuis longtemps l'action exercée par le salol dans les plaies et dans la suppuration, mais l'explication de ce phénomène était obscure. Les recherches de Pepuli l'autorisent à conclure que ce médicament n'agit contre la suppuration que par les produits de décomposition qu'opèrent les microbes pyogènes, lesquels produits entravent la vitalité des microbes.

Tous les malades traités à l'hôpital ont été soumis au même régime : suppression complète du vin remplacé par du lait. Dans la blennorrhagie le régime est presque aussi important que la médication, car sans le régime toutes les médications échouent. Nous avons souvent vu la seule suppression du vin amener sans aucun médicament la diminution de l'écoulement.

Les malades faisaient par jour quatre injections avec la petite seringue employée d'habitude à cet usage ; nous n'avons pas fait garder l'injection dans l'urèthre et l'avons prescrite à canal ouvert comme le recommande M. Balzer.

La pratique des injections nécessite quelques précautions.

Il ne suffit pas de dire aux malades : Vous ferez par jour tant d'injections à telle heure. Il est utile de leur apprendre la manière de faire les injections, que presque tous font

mal, si on ne leur montre pas. C'est un point d'une grande importance et en général on n'y insiste pas assez auprès des malades. Nous avons toujours fait exécuter aux malades deux ou trois répétitions qui leur apprennent le manie-
ment de la seringue. Il faut aussi leur recommander d'u-
riner avant l'injection pour que le pus ne soit pas en-
traîné dans les parties profondes du canal. De plus, il
n'est pas besoin que l'injection dépasse les limites de l'in-
flammation, qui n'existe au début que dans la partie anté-
rieure de l'urèthre ; on fera donc appliquer assez fortement
un doigt aux malades sur le canal au niveau du point que
le liquide ne doit pas franchir. On fera bien aussi de
recommander aux malades de tenir bien propre leur seringue
que nous avons vue souvent exposée à toutes les pous-
sières de la salle. Grâce à ces précautions on évitera des
accidents.

Un baintiède était donné trois fois par semaine aux malades
pendant toute la durée du traitement. Nous n'y avons pas
pris garde et probablement un certain nombre de malades
ont dû la persistance de leur écoulement à cette cause.

Les bains tièdes en effet sont en général nuisibles si ce
n'est au début où ils calment les douleurs, car ils entretiennent
l'écoulement. Les auteurs classiques proscrivent les
bains tièdes après la période aiguë. Voici ce que dit Ricord (1)
à ce sujet : « Dans le traitement de la blennorrhagie urét-
hrale, après la période aiguë, on doit cesser l'usage des
bains entiers tièdes attendu qu'ils ont pour effet chez beau-
coup de sujets d'entretenir l'écoulement et même de le rap-

1. Ricord. *Traité pratique des maladies vénériennes.*

peler. Les bains locaux doivent être presque froids quand on est encore voisin de l'état aigu pour être ensuite complètement froids à mesure qu'on s'en éloigne. »

Comment expliquer cette action nuisible des bains tièdes ? On pourrait peut-être accuser les bains tièdes de produire la vaso-dilatation des vaisseaux de la muqueuse uréthrale, vaso-dilatation qui provoque une diapédèse plus considérable des globules blancs. Comment alors expliquer le meilleur effet des injections tièdes, bien constaté par Constantin Paul, Delorme (1) et Bourgeois (2).

M. Delorme a remarqué en effet une amélioration bien plus sensible le lendemain du jour où il a remplacé les injections froides par les injections tièdes. Celui de ses malades qui a fait des injections froides jusqu'au bout de son traitement est précisément celui qui a guéri le moins vite. Voici une preuve de plus que cite M. Delorme. L'infirmier de visite chargé des injections ayant quitté l'hôpital, son remplaçant oublia le premier jour de faire tiédir les injections. Le lendemain tous les malades qui la veille n'avaient plus qu'un méat humide présentaient une grosse goutte épaisse. Bourgeois a constaté également la supériorité des injections tièdes. Pour avoir toujours un liquide tiède il conseille au malade de porter sur lui son flacon pendant le jour et de le placer pendant la nuit sous ses couvertures.

1. Delorme. *De la nature et du traitement de la blennorrhagie chez l'homme d'après les travaux récents. Archives de médecine et de pharmacie militaires*, 1885.

2. Bourgeois. *Les injections antiseptiques dans le traitement de la blennorrhagie. Archives de médecine et de pharmacie militaires*, 1885.

Constantin Paul pense que les injections froides sont moins actives que les injections tièdes parce qu'avec ces dernières on évite tout spasme du canal s'opposant à la pénétration de l'injection dans toutes ses parties. M. Delorme croit plutôt que l'impression du froid sur la muqueuse uréthrale rappelle directement l'inflammation catarrhale. C'est probablement la meilleure explication, attendu que les cellules de la muqueuse uréthrale habituées au passage de l'urine tiède, ont leur vitalité troublée et amoindrie sous l'influence du froid, et qu'elles sont alors dans un état de moindre résistance qui favorise la pullulation du gonocoque. Enfin on a attribué le meilleur effet des injections tièdes à ce que l'élévation même assez légère de la température augmente la puissance d'action des antiseptiques sur les microbes, c'est ce qui résulte des recherches de M. Ch. Richet (1), et on peut même, en tenant compte de ce fait, ne prescrire que des doses beaucoup plus faibles.

Nous n'avons pas prescrit les injections tièdes à nos malades, n'ayant pas encore eu connaissance des articles de MM. Delorme et Bourgeois. Probablement l'action du rétinol salolé tiède aurait été plus marquée.

Le nombre de nos observations de malades traités par le rétinol au salol est de 14, dont 7 à l'hôpital du midi et 7 dans la clientèle de M. E. Desnos. La plupart des malades avaient des chaudepisses récentes et n'avaient pas encore subi de traitement.

Comme on le verra dans nos observations, l'action du rétinol n'est pas merveilleuse, puisque, même dans les cas heu-

1. Ch. Richet (*Tribune médicale*, 1885).

reux, si les symptômes ont été avantageusement modifiés ils n'ont jamais disparu complètement. Le malade de l'observation X a guéri complètement, mais les injections de rétinol étaient précédées d'un lavage à la résorcine à 2 pour 100.

Néanmoins le rétinol au salol n'est pas inutile. Il diminue la plupart du temps dans de notables proportions l'abondance de l'écoulement et modifie ses caractères, le rend blanc et moins épais. Il ne peut à lui seul le supprimer. On est obligé de recourir à une autre médication, aux balsamiques à l'intérieur et aux instillations de nitrate d'argent.

Les injections de rétinol salolé administrées à la période aiguë peuvent-elles abréger la durée de cette période et hâter le moment où l'on pourra songer à tarir complètement l'écoulement par les balsamiques? Dans l'affirmative ce serait une précieuse indication du rétinol salolé. Nous ne faisons que signaler cette question sans la résoudre. Dans la clientèle hospitalière, en effet, on a affaire la plupart du temps à des malades qui sont pressés de quitter l'hôpital aussitôt que les symptômes douloureux ont disparu et que l'écoulement est moins abondant. D'après les observations de M. Desnos il nous a semblé que les injections de rétinol suivies des balsamiques avaient en général une action favorable sur la durée de l'affection.

Mais ce n'est pas avec 14 observations qu'on peut se faire une opinion précise de l'effet que possède un médicament. Dans une maladie à évolution variable suivant les sujets, telle que la blennorrhagie, les observations ne sauraient être trop multipliées, car un trop grand nombre de causes interviennent pour qu'il soit facile de démêler la part qui revient à chacune d'elles dans les modifications survenues.

Mais, si le rétinol au salol n'est pas d'une grande efficacité dans le traitement de la blennorrhagie, il est un point sur lequel nous devons insister. Il a toujours été très bien toléré et n'a jamais occasionné de douleur dont les malades se soient plaints. Le malade de l'observation XI n'avait pu supporter aucune injection qui toutes avaient ramené un état suraigu ; il a très bien supporté les injections de rétinol salolé sans ressentir aucune douleur ni pendant ni après.

Un malade seulement sur 14 a eu des symptômes de cystite, mais elle ne semble pas devoir être attribuée aux injections, attendu que la cystite survient souvent dans la blennorrhagie sans cause appréciable et sans que les malades aient fait des injections.

DU RÉTINOL AU COPAHU.

Le copahu est miscible au rétinol en toute proportion. Nous avons employé une préparation qui contenait 1 partie de copahu pour 20 de rétinol, préparation assez liquide pour être facilement injectable.

On a déjà employé le copahu plusieurs fois en injection pour éviter l'intolérance assez fréquente du tube digestif et la répugnance de certains malades avant l'adoption de la forme beaucoup moins désagréable de cachets ou de capsules.

Jacquín (1787), à qui l'on doit la connaissance et la description de l'arbre véritable qui produit le copahu, a donné quelques détails sur la manière hardie dont certains habitants de l'Amérique s'administraient le copahu dans l'urèthre

contre les écoulements blennorrhagiques. Un autre voyageur, Pison, rapporte aussi cette pratique.

On a fait beaucoup de tentatives pour administrer en injections le copahu émulsionné dans l'eau additionnée de 1 0/0 de carbonate de soude ; les résultats obtenus à l'hôpital militaire de Bordeaux n'ont pas été décisifs. Par cette voie et sous cette forme sans être complètement inefficace il s'est montré inférieur au sous-nitrate de bismuth et au tannin.

On l'a employé en Allemagne sous forme d'émulsion avec un jaune d'œuf, mais sans obtenir de succès bien marqués.

Baume de copahu	4 gr.
Eau distillée	150
Jaune d'œuf	n° 1

(*Archiv. fur dermat. und syph.*, 1891, page 668).

A l'hôpital de Lourcine M. Balzer a traité des vaginites avec des tampons imbibés d'huile de vaseline au copahu. Cela guérissait bien les malades, mais pas mieux que les tampons de glycérine à la résorcine, ou les tampons de rétinol. Ceux-ci donnaient vraiment de très bons résultats.

Ed. Langlebert (1) a employé l'eau distillée saturée d'huile essentielle de copahu. Voici ce qu'il en dit : « L'eau distillée de copahu employée en injection guérit la blennorrhagie uréthrale, mais il faut pour obtenir ce résultat multiplier outre mesure le nombre des injections, ce qui rendait cette méthode impraticable pour la plupart des malades. Aussi ai-je dû borner son rôle à servir de véhicule pour les diver-

1. Langlebert, *Traité pratique des maladies des organes sexuels*.

ses substances astringentes qui entrent dans la composition des injections antiblennorrhagiques ordinaires. A l'eau distillée simple ou à l'eau de roses vulgairement employées par exemple pour dissoudre le sulfate de zinc je substitue l'eau distillée de copahu et j'obtiens une injection qui vaut à la fois par le sel qu'elle renferme et par le liquide dissolvant. Cette pratique éminemment rationnelle me donne chaque jour de bons résultats. »

Comme on le voit, Langlebert ne reconnaît à l'eau distillée de copahu qu'une action presque nulle.

Raoult-Deslongchamps (1) a imaginé de soumettre la verge et les bourses à l'action continue des vapeurs émanées de l'opiat de cubèbe et de copahu. Il introduit l'opiat dans une vessie assez grande pour que les bourses et la verge ne touchent pas l'opiat et se trouvent placées dans une atmosphère balsamique. L'absorption se ferait surtout par la muqueuse du gland car les sujets atteints de phimosis n'en retirent aucun bénéfice. Il conclut en ces termes :

La vapeur balsamique du copahu et du cubèbe a une action favorable très marquée sur les écoulements uréthraux.

L'emploi de cette vapeur concentrée, et maintenue continuellement en contact avec la verge, constitue une nouvelle méthode de traitement de l'urétrite.

Ce traitement semble bien incommode et personne n'a adopté cette façon de procéder.

Tous ces essais paraissent logiques, étant donné le mode

1. Raoult-Deslongchamps. *Vapeur balsamique du copahu et du cubèbe dans le traitement de l'urétrite. Mém. de méd. milit.* 1861.

d'action du copahu. Il est en effet démontré que le copahu modifie l'écoulement au moyen de l'action locale exercée sur la muqueuse uréthrale par les urines chargées des principes médicamenteux éliminés par les reins.

On ne croit plus à l'action révulsive du copahu sur l'intestin à laquelle Ansiaux (1) attachait une grande importance. Ansiaux ne comptait pas la diarrhée comme une contre-indication du traitement, il la regardait au contraire comme indispensable à son efficacité et en faisait le lien thérapeutique, le phénomène intermédiaire de l'existence ou de l'absence duquel dépendait le succès ou l'insuccès du copahu. Toutefois il convient que le copahu n'agit pas à la manière des autres purgatifs.

On admet aujourd'hui que le copahu n'est efficace qu'à la condition d'avoir été absorbé. Lorsque le médicament n'est pas toléré par l'intestin, lorsqu'il agit comme purgatif et passe dans les selles, les effets du remède sont nuls. Ce que le major Lisle (2) avait déjà remarqué en 1827. Tous les médecins actuellement s'efforcent d'amener la tolérance du copahu par l'association de substances astringentes lorsqu'il produit un effet purgatif.

L'inutilité de l'emploi du copahu chez la femme dans la vaginite blennorrhagique, rend bien compte du mode d'action du copahu. Certains médecins, Hardy, entre autres, ont eu l'originale idée de faire servir les urines des femmes attein-

1. Ansiaux, *Dissertation sur la blennorrhagie*. Thèse de Paris, 1807.

2. Lisle. *Mém. sur l'emploi du B de copahu dans le traitement de la blennorrhagie et du catarrhe de la vessie*. *Mém. de méd. militaire*, 1827.

tes de vaginite auxquelles on administrait du copahu en leur prescrivant de se laver le vagin à plusieurs reprises avec leurs urines et en ont obtenu de bons effets.

Enfin ce qui démontre le mieux l'action topique de l'urine copahifère sur la muqueuse uréthrale, ce sont les observations que cite Ricord (1) de deux malades qui avaient une rupture de l'urèthre.

Un malade atteint de division accidentelle de l'urèthre eut une blennorrhagie dans les deux portions de son urèthre. L'administration du copahu fit cesser l'écoulement dans la portion vésicale que l'urine traversait seule. L'écoulement persista dans la portion pénienne. Ricord en prescrivant dans la partie antérieure de l'urèthre des injections avec l'urine du malade qui continuait à prendre du copahu fit cesser l'écoulement.

Chez un autre malade également atteint de rupture de l'urèthre et ayant un écoulement dans les deux parties de son canal le copahu fut donné à l'intérieur. Le malade pouvait uriner à volonté soit par son méat, soit par sa fistule uréthrale. La blennorrhagie cessa en peu de jours dans la partie postérieure de l'urèthre, mais elle persista dans la partie antérieure que l'on ne faisait pas parcourir par l'urine chargée des principes médicamenteux. La guérison de la partie postérieure étant parfaite on continua l'administration du copahu, mais cette fois le malade devait faire parcourir à l'urine toute la longueur de l'urèthre. A l'aide de cette manœuvre, l'urine copahifère opéra la guérison de la partie antérieure du canal.

1. Ricord. *Lettres sur la syphilis.*

Quel est le principe actif de l'urine copahifère ? On n'est pas encore parvenu à l'isoler et à le reproduire en dehors de l'organisme pour en faire une solution qui puisse être administrée en injection. On sait simplement que quand un malade prend du copahu il rend dans ses urines une matière coagulable par la chaleur et par l'acide nitrique, matière que l'on a prise avant Gubler longtemps pour de l'albumine. Valentin, Reiss et d'autres avaient déjà pressenti que ce pouvait être une résine.

Ce qui distingue ce précipité de l'albumine c'est qu'en ajoutant de l'alcool ou de l'éther on redissout le précipité. Cette substance est sans doute une matière résineuse, combinée avec les sels de l'urine, mais elle diffère de l'acide copahivique. Car en traitant l'urine par l'acide sulfurique et le bichromate de potasse on devrait obtenir du sesquioxyde de chrome, ce que l'on n'obtient pas. Gubler en conclut que la résine s'est oxydée et que c'est une substance plus oxydée qui passe dans les urines.

On a fait depuis la découverte du gonocoque des essais avec l'urine copahifère. Oppenheimer a étudié le pouvoir microbicide de l'urine sur le gonocoque. Il laisse tomber sur des colonies de gonocoques des fils de soie stérilisés à 150 degrés. Les microbes adhèrent aux fils. Il trempe alors ces fils pendant 10 minutes dans l'urine d'individus qui ont pris du copahu, puis il les reporte dans des tubes remplis de sérum coagulé et il examine les cultures pendant les jours suivants, cultures qu'il compare avec d'autres dans lesquels il a placé des fils imprégnés de gonocoque puis trempés dans une urine non copahifère. Il a constaté que l'urine copahifère stérilisait les fils de soie, tandis qu'une urine non char-

gée des mêmes principes médicamenteux n'empêchait pas le développement des colonies de gonocoques.

Il paraît donc démontré aujourd'hui que le copahu agit au moins en partie à la façon des antiseptiques ; il n'est efficace du reste comme la plupart des autres antiseptiques que lorsque l'écoulement est en voie de décroissance.

Nous n'avons que six observations de malades traités par les injections de rétinol au copahu. Les résultats n'ont pas été encourageants et nous ont engagé à borner le nombre de ces traitements, qui ont même été peut-être nuisibles, comme on le verra dans deux observations.

Les malades faisaient par jour quatre injections à canal ouvert et prenaient un bain tous les deux jours ; le vin était supprimé et remplacé par du lait.

Deux malades, ceux des observations XVI et XVII, sont sortis après un traitement de huit jours seulement, ayant les symptômes de l'uréthrite légèrement diminués. Cette légère amélioration peut très bien être attribuée au régime et à la décroissance naturelle de l'affection. Le malade de l'observation XVII est revenu à la consultation cinq jours après sa sortie et son écoulement était toujours le même quoique le malade continuât les injections et prît l'opiat.

Un autre malade, celui de l'observation XV, qui est parti au bout de 12 jours, a eu une cystite qui a débuté aussitôt après les injections et qui a duré 4 à 5 jours. Il est sorti peu amélioré.

Un quatrième malade (Obs. XVIII) a eu également une cystite et n'a retiré aucun bénéfice de ses injections. L'administration des balsamiques à l'intérieur, en même temps

que la continuation des injections, n'a pas été suivie d'une diminution très marquée de l'écoulement.

Les deux autres malades (XIX et XX) ont été traités près d'un mois sans diminution très sensible de l'abondance de l'écoulement ; ils n'ont pas eu de cystite.

Les injections de rétinol au copahu ont été en général un peu douloureuses ; quelquefois même la douleur était assez prononcée et se prolongeait un certain temps après l'injection.

Il y a eu deux cystites probablement imputables aux injections.

De ces observations nous pouvons conclure avec Ricord (1) que le copahu en injection est nul ou nuisible, et que les balsamiques agissent en vertu de modifications particulières qu'ils subissent en traversant le filtre rénal, pour être transportés par l'urine et mis au contact avec les muqueuses malades que ce liquide traverse, et cela dans des proportions mieux appropriées, avec les seules principes curatifs que la chimie vivante et le mécanisme de certaines fonctions ont le secret d'extraire et d'appliquer.

DU RÉTINOL CRÉOLINÉ.

Nous nous sommes servi d'une solution contenant 1 gramme de créoline pour 100 grammes de rétinol ; dissolution ou plutôt mélange qui se fait en toute proportion ; cependant par le repos une petite quantité des principes constituant la créoline qui n'est pas une substance définie, mais un mélange de plusieurs corps se dépose au fond du récipient qu'il suffit d'agiter légèrement lorsqu'on veut l'employer.

1. Ricord. *Lettres sur la syphilis.*

On s'est déjà servi plusieurs fois des injections d'eau créolinée, notamment en Allemagne dans le traitement de la chaudepisse ; les résultats obtenus ont été assez bons (*Deutsche med. Zeitung*, 1889).

Ce qui nous a surtout engagé à employer la créoline c'est son pouvoir antiseptique très marqué en même temps que sa causticité très faible.

En France, on l'a encore peu employée en thérapeutique ; ce sont surtout les travaux des Allemands et des Autrichiens qui ont fait connaître les qualités de ce médicament.

D'après Frœhner (1), auquel on doit les premières recherches sur cette substance, la créoline ou crésyl dérive du goudron de houille débarrassé de tout son acide phénique et de ses matières grasses par l'addition de résine et de soude.

Versée goutte à goutte dans l'eau elle produit d'abord des nuages blanchâtres, qui en se confondant forment une émulsion laiteuse et homogène à odeur de goudron très prononcée.

D'après Biel (2) et Fischer (3) elle est composée de naphthaline (18 0/0), pyrocrésol (30 0/0), paracrésol (10 0/0), xylénol (50 0/0), phlorol (5 0/0), leukoline (5 0/0), anthracène (3 0/0) bases de pyridine (20 0/0), carbures d'hydrogène aromatiques indifférents (20 0/0).

Elle est très fortement alcaline et ne contient pas d'acide phénique.

C'est un antiseptique de premier ordre. Les recherches

1. Frœhner. *Archiv. für wissenschaftliche und praktische Tierheilhunde*, Berlin, 1885, n° 14.

2. Biel. *Chemikerzeitung*, 1887.

3. Fischer. *Pharmaceutische Zeitung*, 1888, n. 48.

bactériologiques d'Esmarch et d'Eisenberg (1) ont démontré que l'eau créolinée tue plus vite les différents micro-organismes, le staphylococcus pyogenes aureus par exemple, que ne le fait l'acide phénique en solution plus concentrée. C'est un anti-parasitaire énergique autant pour les parasites animaux (sarcoptes) que pour les parasites végétaux (tricophyton, favus).

C'est un agent destructeur d'odeur des plus puissants même à la dose de 1 pour 1000. C'est une substance astringente qui diminue les sécrétions (Kortüm) (2).

Prise à l'intérieur elle n'est pas toxique. On a pu en prendre jusqu'à 8 grammes par jour sans éprouver de troubles sérieux du côté des appareils digestif et urinaire.

Les expériences faites dans le service de Leyden (3) à Berlin avec des solutions de créoline à 1 0/0 employées en gargarisme dans des cas d'angine folliculaire ont donné des résultats tout à fait remarquables. En l'espace de 24 heures, la fièvre, la douleur et la tuméfaction locales disparaissent. Chaque gargarisme à la créoline doit être suivi d'un gargarisme à l'eau tiède.

L'eau créolinée a été employée comme antiseptique en chirurgie et en obstétrique. D'après Neudœrfer (4) ce serait dans la médecine de campagne et de guerre, l'antiseptique le plus sûr et le plus commode à employer, le meilleur marché et le moins nuisible.

1. Esmarch et Eisenberg. *Centralblatt f. Bacteriologie und Parasitenkunde*, 1887, n. 10 et 11.

2. Kortüm. *Berliner Klin Wochenschrift*, 1887, n. 46.

3. Leyden. *Therapeutische Monatshefte*, 1890, n. 9.

4. Neudœrfer, *Internat. Klin. Rundschau*, 1888, n. 1, 4, 12, 17, 18.

Nous n'avons traité que 5 malades par les injections de rétinol créoliné. Ces malades, excepté celui de l'observation XXV, étaient presque au début de leur chaudepisse et n'avaient encore été soumis à aucun traitement.

Deux malades ont été presque guéris de leur écoulement très abondant à leur entrée à l'hôpital, l'un au bout de 13 jours, l'autre au bout de 15 jours de traitement. Ils étaient soumis, il est vrai, avant l'injection de rétinol créoliné à un lavage de l'urèthre antérieur avec une solution aqueuse tiède de résorcine à 2 0/0. Ce lavage était fait deux fois par jour au moyen d'une sonde molle (due à M. de Pezzer) en caoutchouc correspondant au n. 10 ou 12 de la filière Charrière, et percée dans ses quatre à cinq derniers centimètres de petits orifices latéraux.

On introduit la sonde de Pezzer de 8 à 10 centimètres dans le canal et on fait passer à chaque séance environ un litre de la solution de résorcine contenue dans un récipient placé à un mètre au-dessus de l'urèthre et relié à la sonde par un tube de caoutchouc. Le liquide revient en passant entre les parois de l'urèthre de la sonde et fait un lavage prolongé et complet du canal beaucoup mieux que par une simple injection. En ayant la précaution de placer le récipient à moins de deux mètres au-dessus du canal on ne risque pas de faire pénétrer le liquide dans l'urèthre postérieur. Ces lavages à la résorcine n'ont jamais été douloureux.

Ce sont les lavages, avec une solution tiède de résorcine, croyons-nous, qui ont été surtout utiles à ces deux malades, car chez les trois autres malades traités par les seules injec-

tions ou les lavages au rétinol créoliné, l'amélioration a été beaucoup moins appréciable.

D'ailleurs, pour avoir un terme de comparaison, nous avons traité trois malades exclusivement par les lavages à la résorcine et nous avons constaté une amélioration très rapide. Au bout d'un temps variant de 10 à 20 jours l'écoulement était pour ainsi dire nul lorsque les malades ont quitté l'hôpital.

Ces bons effets de la résorcine n'ont pas été obtenus par le rétinol créoliné. Le malade qui a été traité par les lavages de rétinol créoliné avait encore au bout de 20 jours de traitement un écoulement blanchâtre, épais, assez abondant. De plus cette solution est légèrement irritante, car le malade s'est plaint de douleurs uréthrales assez vives pendant plusieurs jours et a même eu un peu d'urétrorrhagie. Ce qui montre que les lavages de l'urèthre doivent être faits avec des solutions à un titre plus faible que celui des injections, car une plus grande quantité de substance active est mise au contact avec les parois du canal.

Les deux autres malades ont été traités par les seules injections de rétinol créoliné ; ils faisaient 4 injections par jour à canal ouvert. L'un d'eux est parti lorsqu'il commençait à aller mieux. Chez lui nous nous sommes très bien rendu compte de l'action nocive du bain tiède. Depuis 24 heures son écoulement était à peine marqué lorsqu'il a reparu de nouveau en abondance aussitôt après un bain tiède.

Les injections de rétinol créoliné ont été légèrement douloureuses. Nous n'avons observé à leur suite aucune complication, ni orchite, ni cystite. Un malade, il est vrai, a eu à plusieurs reprises un commencement d'orchite, mais elle

n'était probablement pas imputable au traitement, car avant son entrée à l'hôpital le malade avait déjà eu une orchite légère non complètement guérie.

En résumé, le rétinol créoliné à 1 0/0 paraît peu utile; il est légèrement irritant. Il est bien inférieur à la résorcine. Peut-être en solution plus faible serait-il plus efficace.

RÉTINOL AU DERMATOL.

M. Barthélémy a employé des injections de rétinol additionné de 5 0/0 de dermatol. Pour rendre l'injection plus fluide, il se sert d'un mélange de parties égales d'huile de vaseline et de rétinol. Le dermatol n'est pas soluble dans le rétinol, mais réduit à l'état de poudre impalpable il reste très bien en suspension.

On a encore très peu employé le dermatol qui est un produit récemment entré dans la thérapeutique et qui paraît avoir les propriétés de l'iodoforme, auquel il ressemble beaucoup, mais qui n'a pas d'odeur. C'est un gallate basique du bismuth qui se présente sous forme d'une poudre jaune safran, extrêmement fine, non hygroscopique. Il ne produit jamais d'irritation et est d'une innocuité absolue. C'est un excellent topique pour les plaies dont il diminue la sécrétion abondante (*Essais à l'Institut pharmacologique* du professeur Filehne : travaux de MM. les Drs R. Heinz et Liebreicht).

M. Barthélemy n'a pas employé les injections de rétinol au dermatol comme traitement unique pendant toute la durée de la chaudepisse. Il leur associe les antiseptiques à l'intérieur au début de l'écoulement, et lorsque l'écoulement est di-

minué il prescrit les balsamiques à l'intérieur et la continuation des injections. Cette méthode lui a donné de bons résultats.

Les injections ont toujours été parfaitement supportées par les malades qui n'ont jamais eu après leur emploi ni uréthrorrhagie, ni cystite, ni orchite.

M. Barthélemy a également employé plusieurs fois les injections de rétinol au dermatol dans la blennorrhagie chronique et en a eu de bons effets en général.

De ce travail nous pouvons conclure avec M. le professeur Fournier que « la blennorrhagie ne guérit pas, comme le croient les gens du monde et même certains médecins, par le fait de tel ou tel remède, de telle ou telle panacée infaillible. Elle n'a pas de spécifique. Elle guérit sous l'influence d'une médication aidée d'une hygiène spéciale. » Il n'y a pas d'injections antiseptiques qui puissent conduire à bien la guérison jusqu'à la fin; au bout de quelques jours leur action semble épuisée. Il faut toujours pour supprimer l'écoulement revenir à la médication par les balsamiques à l'intérieur, médication qui, malgré ses défauts, conserve encore la légitime prééminence que lui assure une longue expérience. Les défauts des balsamiques ont du reste été exagérés. Nous ne partageons pas les craintes des Allemands qui les accusent de pouvoir provoquer l'albuminurie. Nous n'avons jamais vu dans le service de M. Balzer d'albuminurie due aux balsamiques. Souvent même un malade, atteint d'orchite blennorrhagique, qui avait à son entrée à l'hôpital une petite quantité d'albumine, et à qui on prescrivait l'opiat, n'avait plus les urines albumineuses au bout d'un jour ou deux. Si le copahu est souvent mal toléré par le tube digestif c'est qu'il est pris à

jeun. En prescrivant de le prendre au moment des repas et en lui associant, s'il purge, un astringent, le sous-nitrate de bismuth par exemple, on arrive la plupart du temps à remédier à cette intolérance.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Rétinol au salol.

Hub... A..., âgé de 23 ans, camelot, entré le 29 juillet 1891. Salle 8, n° 1.

Bonne santé habituelle ; a déjà eu deux chaudepisses qui ont guéri complètement.

L'écoulement actuel date de un mois et demi, il est franchement purulent, abondant. Douleur assez vive à la miction. Le malade n'a pris avant son entrée que de la tisane de chiendent et de queues de cerises.

Traitement. — 4 injections de rétinol salolé et opiat.

1^{er} août. — Les injections commencées le 31 juillet n'ont pas été douloureuses. L'opiat est mal supporté et provoque des vomissements, l'écoulement est le même qu'à son entrée.

2 août. — Suppression de l'opiat remplacé par deux grammes de salol à l'intérieur.

3 août. — L'écoulement est moins abondant, jaune, moins épais, presque plus de douleur en urinant.

4 août. — L'écoulement est beaucoup moins abondant, blanchâtre.

6 août. — Ecoulement très peu abondant, muqueux.

7 août. — Une heure après la miction en pressant sur le canal on n'amène qu'une légère humidité grisâtre.

Le malade sort sur sa demande.

• OBSERVATION II

L..., âgé de 21 ans, entré le 8 juillet 1891, salle 8, n° 16.

Pas de blennorrhagie antérieure. Bonne santé habituelle.

L'écoulement actuel date de 15 jours ; il est actuellement très abondant ; douleur vive en urinant.

Traitement. — Limonade au salicylate et au bicarbonate de soude.

18 juillet. — Trois bains par semaine. Ecoulement moins verdâtre ; persistance des mictions douloureuses, 4 injections de rétinol salolé à 1 pour 15 par jour.

20 juillet. — Les injections n'ont pas été douloureuses. Ecoulement stationnaire. Injections et opiat.

31 juillet. — Ecoulement presque aussi abondant. Les mictions ne sont plus douloureuses.

10 août. — Persistance de l'écoulement. Continuation du même traitement.

21 août. — Ecoulement toujours assez abondant. Le malade sort de l'hôpital.

OBSERVATION III

D... P..., âgé de 20 ans, garçon d'office, entré le 1^{er} juillet, salle 6, n° 33.

Blennorrhagie pour la première fois ayant débuté le 25 juin.

Ecoulement purulent très abondant ; mictions très douloureuses.

Traitement. — Limonade au salicylate et au bicarbonate de soude.

Trois bains tièdes par semaine.

10 juillet. — Ecoulement toujours abondant, mais plus de douleur pendant les mictions. Rétinol salolé 1 pour 15, 4 injections par jour.

12 juillet. — Les injections n'ont pas été douloureuses. L'écoulement est stationnaire.

13 juillet. — Ecoulement plus clair.

15 juillet. — Ecoulement beaucoup moins abondant, blanchâtre.

17 juillet. — Ecoulement presque insignifiant.

18 juillet. — Pendant la journée l'écoulement n'est pas appréciable. Le matin les bords du méat sont agglutinés par un peu de mucosité.

Le malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION IV

V... S..., 25 ans, vitrier, entré le 15 juillet, salle 6, n° 40.

Bonne santé habituelle.

Blennorrhagie il y a 2 ans ayant duré un mois ; a complètement guéri.

Blennorrhagie actuelle date de un mois ; n'a pas encore subi de traitement.

Actuellement écoulement purulent très abondant, douleur vive à la miction ; les lèvres du méat sont rouges, luisantes, gonflées.

Commence le 17 juillet les injections de rétinol salolé à 1 pour 15 ; 4 par jour, 3 bains par semaine.

18 juillet. — Les injections n'ont pas été douloureuses.

20 juillet. — L'écoulement est moins abondant ; la miction n'est plus douloureuse.

21 juillet. — Ecoulement blanchâtre, crémeux, les lèvres du méat ne sont plus enflammées.

23. — Ecoulement stationnaire.

25. — Ecoulement stationnaire. Le malade prend en outre l'opiat.

27. — Ecoulement diminué.

28. — Ecoulement beaucoup moins abondant.

29. — A depuis hier fièvre, courbature, céphalalgie, langue saburrale. Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Ecoulement très peu abondant; ne prend presque pas d'opiat à cause de son état gastrique.

30 juillet. — Moins de fièvre. Ecoulement stationnaire.

31 juillet. — Suppression de l'opiat qui provoque des nausées.

Continuation des injections de rétinol.

1^{er} août. — Ecoulement presque nul, surtout muqueux.

2 août. — Erythème autour de deux grosses pustules de vaccin.

Sur les membres supérieurs et le tronc, éruption papuleuse surtout marquée aux avant-bras où les papules sont assez saillantes.

Ecoulement stationnaire.

3. — Erythème persiste, un peu de fièvre, légère angine.

4. — L'érythème pâlit: les urines ne contiennent pas d'albumine.

5. — Eruption beaucoup plus pâle sur le tronc.

6. — Erythème encore très marqué sur les avant-bras.

Ecoulement presque insignifiant.

7. — L'érythème persiste sur les bras.

10. — Le méat est simplement agglutiné le matin par un peu d'humidité. L'éruption est terminée.

Continuation des injections de rétinol.

14 août. — Encore une légère humidité du canal le matin.

Le malade sort.

OBSERVATION V

P. J..., terrassier, âgé de 42 ans, entré le 13 juillet, salle 6, n° 35.

Bleinnorrhagie pour la quatrième fois.

La première a duré 6 mois, les deux autres 3 ou 4 mois; le malade a eu une orchite double.

L'écoulement actuel date de 12 jours, il est abondant, verdâ-

tre, le méat est enflammé; la douleur pendant la miction est vive.

16 juillet. — 4 injections de rétinol salolé à 1 pour 15, 3 bains par semaine.

18 juillet. — Le malade a très bien supporté les injections.

Ecoulement plus jaune, un peu moins abondant.

20 juillet. — Grande amélioration plus de douleur en urinant, le méat n'est plus rouge; écoulement séreux et grisâtre.

21 juillet. — Le matin goutte abondante blanchâtre. Dans la journée les bords du méat sont collés.

22 juillet. — Etat stationnaire.

24 juillet. — Goutte claire le matin; dans la journée écoulement inappréciable.

Le malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION VI

R..., maçon, âgé de 20 ans, entré le 15 juillet, salle 6, n° 6.

Pas de blennorrhagie antérieure.

Coût suspect le 7 juillet. Apparition des mictions douloureuses.

Le 13. — L'écoulement à cette date était encore presque nul.

Le 15. — Ecoulement abondant, verdâtre.

Commence le 16 juillet les injections de rétinol au salol à 1 pour 15.

Bains tièdes 3 fois par semaine.

17 juillet. — Ecoulement aussi abondant, mais plus blanc.

20 juillet. — Ecoulement toujours abondant. Douleur en urinant persiste; très légère douleur pendant les injections.

21 juillet. — Plus de douleur pendant les injections. Ecoulement diminué, pus crémeux.

24 juillet. — Diminution plus marquée de l'écoulement; la miction n'est plus douloureuse.

25. — Ecoulement stationnaire. Continuation des injections.
Le malade est mis en outre à l'hôpital.

28. — Presque plus d'écoulement. Le malade sort.

OBSERVATION VII

Dup..., journalier, 21 ans, entré le 17 juillet, salle 8, n° 36,

Entré une première fois à l'hôpital du Midi le 27 juin; reste onze jours, traité par 2 grammes de salol à l'intérieur, sort amélioré.

Le malade ayant fait des excès alcooliques, l'écoulement est revenu très abondant, strié de sang.

Le malade rentre à l'hôpital le 10 juillet. Ecoulement très abondant, douleur vive en urinant.

Commence le 29 juillet les injections de rétinol salolé à 1 pour 15, 4 par jour. 3 bains tièdes par semaine.

22 juillet. — Les injections ont été bien supportées.

23 juillet. — Ecoulement stationnaire. Douleur à la miction moins forte.

24. — Erections nocturnes très douloureuses; l'écoulement est toujours abondant.

27, 28, 29. Ecoulement abondant strié de sang. Erections nocturnes douloureuses.

30. — Ecoulement légèrement diminué. Injections et opiat.

31. — L'opiat est mal supporté, provoque la diarrhée.

1^{er} août. — Suppression de l'opiat qui n'a pu être toléré. Diminution plus marquée de l'écoulement.

2. — Ecoulement à peine appréciable, hyalin.

3. — La pression sur le canal ne ramène plus une heure après la miction qu'un léger suintement blanchâtre.

4. — L'écoulement a été de nouveau assez abondant, blanchâtre, épais, à la suite d'un bain.

5. — Diminution de l'écoulement.

6, 7, 8. — Ecoulement de nouveau plus abondant, formant sur la chemise une tache grisâtre avec un point central vert.

10. — Recrudescence des symptômes ; écoulement strié de sang.

Erections nocturnes fréquentes et douloureuses. Les injections ne causent aucune douleur.

11. — L'écoulement ne renferme plus de sang : érections douloureuses.

12. — Miction 8 à 10 fois pendant le jour, 6 fois la nuit.

13. — Mictions 10 fois le jour, 7 fois la nuit, dépôt épais au fond du bocal contenant l'urine.

14. — Plus d'érections douloureuses. La fréquence des mictions diminue.

17. — Amélioration. Ecoulement grisâtre peu abondant faisant sur la chemise une tache grise présentant au centre un point vert.

18. — L'examen du pus au microscope fait voir de nombreux gonocoques.

20, 21, 22. — Etat stationnaire.

24. — L'écoulement recommence à être plus abondant.

25. — L'écoulement contient un peu de sang à la suite d'érections prolongées pendant la nuit. Les injections de rétinol ne causent aucune douleur.

26. — Plus de sang dans l'écoulement qui diminue un peu.

27. — Les érections persistent toujours douloureuses.

29. — Le malade quitte l'hôpital avec un écoulement encore assez abondant.

OBSERVATION VIII (M. Desnos).

X..., 22 ans, miroitier.

Une blennorrhagie antérieure; il y a 2 ans ; elle a duré 6 mois et paraît avoir guéri complètement.

2. — Blennorrhagie il y a 8 jours, pas de traitement jusqu'à présent.

24 juin. — *Etat actuel.* — Douleur assez vive pendant la miction cessant aussitôt après ; écoulement très abondant, pus verdâtre, épais, érections fréquentes et douloureuses.

Pas de mictions fréquentes, ni de douleur testiculaire, aucune complication.

Traitement. — A l'intérieur salol 4 grammes, tisane de graine de lin, 1 litre avec 3 grammes de bicarbonate de soude. 2 injections de rétinol au salol (10 0/0) immédiatement après une miction.

29 juin. — Ecoulement un peu diminué ; douleurs moins vives, les érections restent pénibles.

6 juillet. — Amélioration. Les douleurs ont presque disparu ; l'écoulement persiste ; même traitement.

12 juillet. — Amélioration plus sensible ; l'écoulement n'est abondant que le matin. Mêmes injections. Le salol est supprimé. 12 capsules de copahu par jour.

22. — Guérison presque complète. Une légère goutte verdâtre apparaît au méat par la pression. Même traitement.

1^{er} août. — Guérison complète. Aucun écoulement apparent, l'urine n'entraîne aucun filament.

OBSERVATION IX (M. Desnos).

Ma..., 24 ans, étudiant.

Deux blennorrhagies antérieures, toutes deux d'une assez longue durée.

Il y a 4 jours s'aperçoit d'un suintement peu abondant qui augmente rapidement ; douleurs assez vives pendant les mictions ; pas d'érections douloureuses ; pas de fréquence dans les mictions.

11 juillet. — *Traitement.* — Salol 4 grammes à l'intérieur ; tisane de stigmates de maïs. Injections de rétinol au salol (10 0/0)

matin et soir, précédées d'un lavage à canal ouvert avec une solution de résorcine à 3 pour 100.

15. — Amélioration notable. L'abondance de l'écoulement est moindre, les douleurs nulles.

22. — Ecoulement à peine sensible. Même traitement.

28 juillet. — Guérison.

OBSERVATION X (M. Desnos).

Laun..., 32 ans, employé.

Une blennorrhagie il y a 10 ans.

12 septembre. — Ecoulement depuis 10 jours, peu abondant d'abord et augmenté progressivement. Les symptômes sont devenus suraigus depuis deux jours à la suite de libations copieuses. Des injections au sulfate de zinc ne peuvent plus être tolérées. Pas de cystite ni d'autre complication.

Suspension de tout traitement local, bains prolongés, boissons délayantes ; suppression même de l'eau rouge.

15. — Amélioration. Injection de rétinol au salol.

19. — Les injections ont été bien supportées, sans occasionner aucune sensation douloureuse ; l'écoulement est stationnaire.

24. — Mêmes injections ; 4 grammes de salol à l'intérieur.

29. — Grande amélioration ; l'écoulement a presque disparu.

Une goutte le matin au réveil.

Capsules de santal, 12 par jour.

6 octobre. — Guérison apparente. Plus d'écoulement mais persistance de filaments dans l'urine.

12 — Même état, suppression des injections et du traitement interne. Instillations de nitrate d'argent.

30 octobre. — Après 6 instillations la guérison paraît complète.

OBSERVATION XI (M. Desnos).

Th..., facteur, 29 ans.

Nombreuses blennorrhagies, depuis l'âge de 18 ans, paraissent n'avoir jamais guéri complètement. Pendant quelques mois le malade s'est cru guéri à plusieurs reprises, mais l'affection reparait au moindre excès.

10 septembre. — Depuis le mois de juin 1890, l'état aigu n'a presque pas cessé ; pendant quelques jours l'écoulement semblait diminuer, puis reparait sans cause. Les symptômes se bornaient à cela ; ni douleur à la miction, ni érection prolongée, ni aucune complication.

De nombreuses médications rationnelles pour la plupart ont été essayées, les balsamiques, les antiseptiques à l'intérieur restaient sans effet. Les injections avaient toutes été très mal supportées et toutes avaient ramené une recrudescence d'autant plus marquée que leur action caustique ou astringente était plus grande. Le nitrate d'argent et le tannin en particulier avaient ramené un état suraigu.

Traitement. — Cessation de toute médication locale. Tisane de queue de cerise avec bicarbonate de soude. 4 grammes de salol à l'intérieur.

17 septembre. — Etat à peu près stationnaire. Continuation du salol à l'intérieur. Injection du rétinol au salol une fois par jour sans lavage préalable.

21. — Les injections ont été bien supportées ; aucune douleur ni pendant ni après. L'écoulement diminue un peu.

2 injections par jour.

27. — Grande amélioration. Ecoulement encore notable, mais liquide, peu épais, jaunâtre. 6 capsules de copahu.

4 octobre. — Diminution de l'écoulement qui persiste. Les balsamiques paraissent sans effet.

11. — Ecoulement réduit à une petite goutte obtenue le matin par pression sur le canal. Rien dans la journée.

19. — Même état. Le malade refuse les instillations argentiques qui lui sont proposées et n'est plus revu.

OBSERVATION XII (M. Desnos).

G..., 29 ans, négociant.

Deux blennorrhagies antérieures assez rapidement guéries.

6 juillet. — Troisième blennorrhagie depuis 7 jours traitée par le santal à haute dose ; symptômes très aigus, érections la nuit ; un peu de fréquence dans les mictions.

Traitement. — Suppression du santal. Salol 4 grammes à l'intérieur.

Injection de rétinol au salol, une par jour.

12. — La violence des symptômes a diminué, l'écoulement persiste avec la même abondance.

17. — Amélioration notable. 12 capsules de copahu ; deux injections par jour.

26. — Disparition presque complète de l'écoulement. Le malade continue les injections pendant 8 jours encore, puis se déclare guéri (guérison non vérifiée).

OBSERVATION XIII (M. Desnos).

Ha..., 33 ans, employé de commerce.

Blennorrhagies multiples, la première à 17 ans, aurait duré jusqu'à 20 ans presque sans rémission puis aurait cédé à la suite d'injections de sous-nitrate de bismuth. Cinq ans sans blennorrhagie, puis il y a 7 à 8 ans, blennorrhagie, qui depuis ce temps a passé par de nombreuses périodes d'amélioration et d'aggravation mais n'a pas guéri complètement.

15 juillet. — Recrudescence aiguë depuis un mois, mictions

douloureuses, écoulement assez abondant ; pas de fréquence dans les mictions.

Les injections essayées jusqu'à présent, et en particulier celle au sous-nitrate de bismuth, ont augmenté les douleurs à la miction.

Traitement. — Rétinol au salol, deux injections par jour ; suppression de tout autre traitement.

24 juillet. — Diminution très sensible de la douleur qui est même nulle à certaines mictions. Écoulement stationnaire, 3 grammes de salol à l'intérieur.

6 septembre. — Pendant tout le mois d'août le malade a continué son traitement sans aucune modification. La diminution de l'écoulement a été lente, mais continue. Actuellement une goutte peu abondante persiste le matin.

Continuation des injections au salol ; 10 capsules de santal par jour.

15 septembre. — Aucun écoulement apparent. Filaments dans l'urine.

Instillations argentiques.

1^{er} octobre. — Guérison complète.

OBSERVATION XIV (M. Desnos).

Rev..., 18 ans, étudiant.

Première blennorrhagie il y a 2 mois. Traitements multiples irrationnels et irréguliers. Epididymite gauche au bout de trois semaines qui oblige le malade à 15 jours de repos au lit.

Reprise du coït ; presque aussitôt retour de la blennorrhagie à l'état aigu.

21 septembre. — Écoulement abondant ; douleurs vives en urinant ; érections nocturnes ; mictions fréquentes, douloureuses à la fin, pas de retour de l'épididymite.

Aucun traitement local ; stigmates de maïs, bicarbonate de soude, salol à l'intérieur, bains.

26. — Grande amélioration ; les symptômes de cystite ont disparu.

Traitement : injection de rétinol au salol 2 fois par jour, salol à l'intérieur.

1^{er} octobre. — Disparition presque complète de l'écoulement et des douleurs. Même traitement.

10 octobre. — Guérison apparente. Filaments dans l'urine, surtout dans les dernières gouttes.

6 novembre. — Même état. Des instillations devront être faites.

OBSERVATION XV

Rétinol au copahu.

Cad... G..., âgé de 21 ans, journalier, entre le 22 août, salle 6, n. 19. Blennorrhagie il y a un an et demi, ayant duré 3 mois, a guéri complètement.

La blennorrhagie actuelle date de 12 jours ; elle a débuté 3 jours après le coït. Ecoulement abondant ; depuis 2 ou 3 jours n'a plus de douleur pendant les mictions ; les lèvres du méat ne sont pas enflammées.

Traitement. — Limonade au salicylate et au bicarbonate de soude, injections de rétinol au copahu 4 par jour.

24. — Les injections ont causé une légère douleur.

Erections nocturnes douloureuses.

25. — Les injections continuent à être douloureuses.

Écoulement muco-purulent abondant.

26. — Injections moins douloureuses. Écoulement stationnaire.

Pas d'érections pendant la nuit. Depuis hier envies fréquentes d'uriner, miction toutes les heures.

27. — Mictions toujours fréquentes. L'écoulement est toujours abondant.

28. — Légère amélioration ; diminution dans la fréquence des

mictions, environ toutes les deux heures. L'écoulement est moins abondant et plus clair.

29. — Etat stationnaire.

31. — L'écoulement diminue et les mictions ne sont plus fréquentes.

2 septembre. — Le malade quitte l'hôpital avec un écoulement encore assez abondant, mais clair et blanchâtre.

OBSERVATION XVI

Vau..., âgé de 20 ans, employé, entre le 7 novembre, salle 6, n° 14.

Bonne santé habituelle.

Début de l'écoulement le 4 novembre, 4 jours après le coït.

A son entrée écoulement purulent très abondant, gland tuméfié, canal sensible et légèrement œdématié, érections douloureuses.

Traitement. — Rétinol au copahu, 4 injections commencées le 9 novembre.

10 novembre. — Quelques instants après les injections le malade ressent une légère cuisson qui disparaît rapidement. Mictions toujours douloureuses.

Écoulement stationnaire.

12 novembre. — Écoulement muco-purulent moins abondant. Le gland est moins tuméfié ; le canal moins sensible, plus de douleur en urinant. Toujours légers picotements après les injections.

16 novembre. — Écoulement encore assez abondant, mais surtout muqueux et d'apparence laiteuse.

17 novembre. — Le malade ne souffrant plus et voyant son écoulement diminué, quitte l'hôpital.

OBSERVATION XVII

G..., âgé de 21 ans, garçon épicier, entré le 14 novembre, salle 6, n° 38. Pas de blennorrhagie antérieure.

La blennorrhagie a débuté le 10 novembre 4 jours après le coït. Ecoulement purulent extrêmement abondant, tachant énormément la chemise. Mictions très douloureuses, gland tuméfié.

Commence le 15 novembre les injections de rétinol au copahu 4 par jour.

16. — Les injections n'ont pas été douloureuses, écoulement très abondant.

19. — Légère diminution de l'abondance de l'écoulement.

20. — La diminution s'accroît. La miction n'est pas douloureuse.

23. — Le canal est légèrement induré, l'écoulement encore assez abondant. Le malade quitte l'hôpital et continue pendant 4 jours les mêmes injections, et prend en outre l'opiat.

28. — Le malade est revenu à la consultation, l'écoulement est resté stationnaire.

OBSERVATION XVIII

Sal... V..., âgé de 31 ans, scieur de long, entré le 15 novembre salle 80, n° 15.

Bonne santé habituelle.

Chaudépisse il y a 3 ans, ayant duré 3 ou 4 mois.

L'écoulement actuel date de 8 jours ; il est très abondant et verdâtre. Mictions très douloureuses. Gland tuméfié.

Commence le 16 novembre les injections de rétinol au copahu 4 par jour, 3 bains par semaine.

17. — Les injections n'ont pas été douloureuses.

18, 19. — Ecoulement stationnaire.

20. — L'écoulement est un peu moins abondant; la douleur en urinant diminue; l'écoulement est toujours vert.

23. — Mictions toutes les heures, écoulement stationnaire. Continue les injections.

26 novembre. — Persistance de la cystite. Deux injections seulement par jour.

2 décembre. — Disparition de la cystite. L'écoulement est encore assez abondant.

8 décembre. — Ecoulement stationnaire. Injections et opiat.

10. — L'opiat n'a pas diminué l'écoulement.

17. — Continuation du même traitement. L'écoulement a beaucoup diminué, il est plus clair et moins épais.

21. — Légère recrudescence.

23. — Diminution de l'écoulement.

27. 28. — L'écoulement persiste peu épais et séreux, mais assez abondant.

OBSERVATION XIX

Dut... Ern..., âgé de 26 ans, employé aux écritures, entré le 29 juillet, salle 6, n. 6.

Bonne santé habituelle. Pas de blennorrhagie antérieure.

La blennorrhagie actuelle le 17 juillet. L'écoulement est blanc jaunâtre abondant, la douleur en urinant vive. Pas de fréquence dans les mictions. Méat non enflammé.

Le malade commence le 31 juillet, les injections de rétinol au copahu, et prend en outre l'opiat et un bain trois fois par semaine.

31. — Les injections n'ont pas été douloureuses; l'écoulement est épais jaunâtre.

1^{er} août. — Etat stationnaire.

3 août. — Diminution de l'écoulement. L'opiat est bien supporté.

6 août. — Amélioration plus sensible, écoulement blanchâtre séreux.

7 août. — Une goutte seulement le matin. Pendant la journée la pression du canal ne ramène presque aucun suintement.

Plus de douleur à la miction.

11. — Continuation du même traitement. Toujours une goutte le matin. Pendant la journée très peu d'écoulement muqueux.

14-21. — Même état.

23. — Le matin les lèvres du méat sont collées. Pendant la journée l'écoulement est à peine appréciable.

26. — Même état.

27. — L'écoulement redevient un peu abondant. Les douleurs en urinant sont revenues.

18. — 6 injections, continuation de l'opiat.

19. — Persistance des mictions douloureuses ; écoulement stationnaire.

30. — Les douleurs diminuent ainsi que l'écoulement.

1^{er} septembre. — Écoulement stationnaire, les injections sont un peu douloureuses.

4 septembre. — Écoulement insignifiant grisâtre. Plus de douleurs.

8 septembre. — Écoulement muqueux encore assez marqué. Plus de symptômes douloureux. Le malade sort.

OBSERVATION XX

Br. L..., âgé de 17 ans, mouleur, entré le 5 août, salle 6, n° 21.

Blennorrhagie survenue le 30 juillet 2 jours après le coït.

Actuellement l'écoulement est très abondant verdâtre, le méat est très rouge, le prépuce œdématisé ; la douleur à la miction est très vive.

Miction 8 à 10 fois pendant le jour, 2 fois la nuit.

Traitement. — Limonade au salicylate et au bicarbonate de

Dubois

8

soude. 4 injections de rétinol salolé par jour, commencées le 8 août.

10 août. — L'écoulement persiste avec les mêmes caractères; les injections ne sont pas douloureuses. Le méat est toujours enflammé.

11. — Écoulement un peu moins abondant.

12. — Écoulement stationnaire. Mictions toujours fréquentes (8 fois le jour et 2 fois la nuit) et douloureuses.

13. — La fréquence des mictions diminue. Les douleurs à la miction persistent; l'écoulement est stationnaire.

17. — Moins de douleur à la miction. Écoulement stationnaire.

21. — Persistance de l'écoulement.

23. — Le malade est mis aux injections de rétinol au copahu.

24. — Le méat est toujours enflammé: l'écoulement persiste avec les mêmes caractères.

26. — Légère diminution de l'écoulement. Persistance des mictions douloureuses. Les injections sont bien supportées.

28. — Etat stationnaire. Le malade est renvoyé.

OBSERVATION XXI

Rétinol créoliné.

Ris... Fr..., 21 ans, monteur en bronze, entre le 2 décembre, salle 7, n° 4.

Pas de blennorrhagie antérieure.

Écoulement date de 14 jours. Mictions encore douloureuses.

Écoulement très abondant.

Traitement. — Limonade au salicylate et au bicarbonate de soude.

Lavages avec une solution tiède de résorcine à 2 0/0 2 fois par jour suivis d'une injection de rétinol créoliné à 1 0/0.

4. — Les lavages et les injections ne sont pas douloureux.

Écoulement stationnaire.

7. — Amélioration notable.
10. — Ecoulement peu abondant, surtout muqueux, blanchâtre.
13. — Une légère humidité du canal seulement.
16. — L'écoulement est de nouveau un peu plus abondant après un bain tiède pris la veille.
17. — Ecoulement la peine applicable. Le malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION XXII

Pel... G..., âgé de 24 ans, étameur, entré le 2 décembre, salle 8, n° 18.

Pas de blennorrhagie antérieure.

Ecoulement muco-purulent très abondant datant de 12 jours.

Mictions très douloureuses : pas de fréquence dans les mictions.

N'a pas encore suivi de traitement.

Traitement. — Limonade au salicylate et au bicarbonate de soude.

Injections de rétinol créoliné à 1/100, 4 par jour.

Commence les injections le 4 décembre.

5. — Les injections ont été un peu douloureuses. Ecoulement stationnaire.

7. — L'écoulement diminue un peu. Les mictions ne sont plus douloureuses.

9, 10, 11. — Etat stationnaire.

12. — Ecoulement beaucoup diminué.

13. — Après un bain reprise de l'écoulement.

15. — Persistance de l'écoulement encore assez abondant.

Le malade sort.

OBSERVATION XXIII

Des... J..., âgé de 25 ans, homme de peine, entré le 5 décembre, salle 6, n° 28, pas de blennorrhagie antérieure.

Blennorrhagie depuis 8 jours. Ecoulement abondant. Les douleurs pendant la miction n'ont duré que les deux premiers jours de l'écoulement, n'a pris avant son entrée à l'hôpital que de la tisane de chiendent. Pas de fréquence dans les mictions.

Traitement. — Limonade au salicylate et au bicarbonate de soude, 2 lavages tièdes par jour avec une solution de résorcine à 2 pour 0/0, suivis d'une injection de rétinol créoliné à 1 pour 0/0.

7 décembre. — Pas de douleur pendant le lavage à la résorcine. Légère cuisson pendant et un peu après l'injection de rétinol.

8. — L'écoulement a beaucoup diminué d'abondance.

10. — Ecoulement stationnaire. Petite induration nodulaire douloureuse, sur le trajet de l'urèthre, à 5 centimètres du méat.

11. — Induration persiste douloureuse. Ecoulement muqueux peu abondant.

13. — Disparition de l'induration. Les injections de rétinol ne sont plus douloureuses.

18. — Ecoulement insignifiant muqueux, grisâtre. Le malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION XXIV

La... L..., 22 ans, garçon épicier, entré le 2 décembre, salle 8, n° 19.

Blennorrhagie actuelle date de un mois. Le malade a eu avant son entrée une épидидymite légère à droite.

Conjonctivite légère de l'œil droit. Phimosi congenital.

N'a pas encore suivi de traitement.

Traitement. — Injections de rétinol créoliné à 1 pour 0/0 commencées le 4 décembre, 4 par jour.

Ecoulement peu abondant.

9. — Ecoulement un peu diminué. Testicule droit un peu gros et douloureux. Suppression des injections.

13. — Epididymite persiste. Ecoulement stationnaire.

16. — Epididymite presque terminée. Reprise des injections.

18. — Ecoulement toujours peu abondant.

19. — L'épididymite recommence à droite. Suspension des injections.

21. — Le testicule n'est plus douloureux.

22. — Ecoulement stationnaire. Reprise des injections.

26. — Même état.

31. — Persistance de l'écoulement peu abondant.

OBSERVATION XXV

Leb... J..., 37 ans, garçon de cuisine, entré le 12 décembre, salle 6, n° 20.

Pas de blennorrhagie antérieure. Blennorrhagie date de 8 jours, serait survenue 3 semaines après le premier coït. Ecoulement purulent très abondant. Douleurs très vives à la miction.

Pas de fréquence dans les mictions.

N'a pas encore suivi de traitement.

Traitement. — Lavages au rétinol créoliné à 1/100, 2 fois par jour ; à chaque lavage il passe environ 100 grammes de rétinol.

Commencés le 13. Un bain par semaine.

14. — Les lavages ont été peu douloureux, légère hémorragie de l'urèthre.

16. — Ecoulement presque aussi abondant. Mictions toujours très douloureuses.

17-18. — Ecoulement abondant, très épais.

19. — Ecoulement moins épais. Les lavages deviennent un peu plus douloureux.

22. — Ecoulement stationnaire. Mictions toujours un peu douloureuses.

26. — Ecoulement presque aussi abondant. Douleurs uréthrales presque continuelles.

28. — Lavages douloureux. Pendant la nuit un peu d'urétrorrhagie. Suppression des lavages. Bain tous les jours.

CONCLUSIONS

1. — Les injections de rétinol salolé à 10 ou 15 0/0 ne peuvent pas, à elles seules, dans les conditions où nous les avons employées, amener la guérison complète de la blennorrhagie.

2. — Elles modifient le plus souvent favorablement les caractères de l'écoulement.

3. — Il faut toujours à un moment donné recourir à la médication par les balsamiques à l'intérieur pour supprimer l'écoulement.

4. — Ces injections ont toujours été bien tolérées et n'ont pas produit de complications.

5. — Il y a avantage à prescrire les injections tièdes.

6. — Les injections de rétinol au copahu à 5 0/0 sont bien moins efficaces que les injections de rétinol au salol.

7. — Elles sont un peu irritantes.

8. — Le copahu pris à l'intérieur modifie l'écoulement au moyen d'une action exercée sur la muqueuse uréthrale par les urines contenant des principes médicamenteux élaborés par l'organisme, principes qu'on n'est pas parvenu à reproduire en dehors de l'organisme.

9. — Les injections de rétinol créoliné à 1 0/0, sont d'une efficacité peu marquée et sont légèrement irritantes.

10. — Les injections de rétinol au dermatol à 5 0/0 sont bien tolérées.

Elles ne peuvent à elles seules supprimer complètement l'écoulement.

Vu : le Président de la thèse,

FOURNIER

Vu pour le Doyen,
L'Assesseur,

JACCOUD

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- Du Castel.** — Leçons cliniques sur la blennorrhagie. Union médicale, 1888.
- Legrain.** — Le pus blennorrhagique. Archives de physiologie, 1887.
- Legrain.** — Les microbes des écoulements de l'urèthre. Thèse de Doctorat. Nancy, 1888.
- Huguet.** — De la valeur thérapeutique des injections de sublimé dans le traitement de la blennorrhagie. Thèse de Paris, déc. 1888.
- Crivelli.** — Nature et traitement de la blennorrhagie. Thèse de Paris, 1880.
- Eraud.** — Thèse de Lyon, 1886.
- Langlebert.** — Traité pratique des maladies des organes sexuels.
- Fournier.** — Article Blennorrhagie Dict. Jaccoud.
Dict. Jaccoud. Article Copahu.
- Trousseau et Pidoux.** — Traité de thérapeutique et de matière médicale.
- Mauriac.** — Sur quelques points du traitement de la blennorrhagie. Journal de médecine et de chirurgie pratique, 1881.
- Barbier.** — Du rétinol et de son emploi en thérapeutique. Thèse de Paris, 1889-1890.
- Ricord.** — Lettres sur la syphilis. Traité pratique des maladies vénériennes.
- Bourgeois.** — Les injections antiseptiques dans le traitement de la blennorrhagie. Archives de médecine et de pharmacie militaires, 1885.

Delorme. — De la nature et du traitement de la blennorrhagie chez l'homme d'après les travaux récents. Arch. de méd. et ph. milit., 1885.

Chameron. — Thèse de Paris, 1884.

Ansiaux. — Dissertation sur la blennorrhagie. Thèse de Paris, 1807.

Rossignol. — Traitement de la blenn. par le baume de copahu. Thèse de Montpellier, 1819.

Giraud. — Salol dans l'urèthre blennorrhagique. Thèse de Paris, 1889-1890.

Jullien. — Traité des maladies vénériennes.

Jaumes. — Blennorrhagie et balsamiques. Montpellier médical, 1874.

Campana. — Réfrigération de la verge dans l'uréthrite.

— Revue des sciences médicales, 1881.

Curtis. — Traitement de la blennorrhagie par les irrigations d'eau chaude. Ann. de Dermat., 1883.

Diday. — Traitement antiparasitaire de la blennorrhagie uréthrale. Lyon médical, 1883.

De Beurmann (Dr). — Médications abortives, thèse d'agrégation.

Dreyfus-Brissac. — Du parasite de la blennorrhagie. Gazette hebdomad. de méd. et de chir., 1884.

Rey. — Thèse de Montpellier, 1890.

